



Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência

Culture of emergency patient safety and emergency

Laísa Xavier Schuh¹, Lia Possuelo², Suzane Beatriz Frantz Krug²

1 - Universidade Luterana do Brasil, Cachoeira do Sul, RS, Brasil.

2 - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul/RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência de hospitais do interior do Estado do Rio Grande do Sul. **Método:** pesquisa quantitativa, de delineamento transversal, realizada em sete unidades de urgência e emergência de municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 112 profissionais de enfermagem e a coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2015. Foi utilizado instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), avaliando 12 dimensões da cultura de segurança. A análise dos dados se deu por estatísticas descritivas, utilizando o Programa Estatístico SPSS versão 20.0. **Resultados:** foram evidenciadas duas áreas fortes de cultura de segurança, duas áreas frágeis e oito áreas com potenciais para se tornarem áreas fortes de segurança do paciente no setor de urgência e emergência. **Conclusão:** conclui-se que as unidades de urgência e emergência incitam a necessidade de reavaliar os seus processos e fatores culturais para garantir uma assistência qualificada e segura.

Palavras-chave:

Segurança do Paciente; Enfermagem em Emergência; Cultura Organizacional; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

lala_schuh@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to analyze the culture of patient safety among nursing professionals who work in urgency and emergency units in hospitals in the interior of the State of Rio Grande do Sul. **Method:** quantitative research, with a cross-sectional design, carried out in seven urgency units and the emergence of municipalities that are members of the 13th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul. 112 nursing professionals participated in the study and data collection took place in June 2015. A Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument was used, evaluating 12 dimensions of the safety culture. Data analysis was performed using descriptive statistics, using the SPSS Statistical Program version 20.0. **Results:** two strong areas of safety culture, two fragile areas and eight areas with potential to become strong areas of patient safety in the urgency and emergency sector were highlighted. **Conclusion:** it is concluded that the urgency and emergency units incite the need to reassess their processes and cultural factors to guarantee qualified and safe assistance.

Keywords:

Patient Safety; Emergency Nursing; Organizational Culture; Ambulatory Care; Nursing.



INTRODUÇÃO

A complexidade da assistência à saúde, atualmente, com sofisticadas intervenções, equipamentos, novas tecnologias, quantidade de profissionais de saúde disponíveis para prestar o cuidado, demandas excessivas de pacientes e deficiências de infraestrutura e de gestão, predispõe ao erro humano e, conseqüentemente, aos riscos de eventos adversos na assistência ao usuário dos serviços de saúde.¹⁻⁴ Os eventos adversos (EAs) são definidos como lesões não intencionais ocasionadas pelo cuidado de profissionais da área da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e outros, e não pela evolução natural da patologia em si.^{1,5} Após a publicação do relatório americano *To err is human: building a safer health care system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano de 2000, as instituições de saúde atentaram-se para os riscos decorrentes do moderno cuidado em saúde devido ao elevado índice de pessoas que já sofreram lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde.⁶⁻⁹ A partir deste marco, a quantidade de estudos voltados à segurança do paciente no contexto hospitalar aumentou, demonstrando a importância da cultura de segurança do paciente para a qualidade da assistência, despontando como fator crucial para o sucesso das instituições.¹⁰⁻¹¹

O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do País e promover a cultura de segurança, por meio da implantação de gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente.¹²⁻¹⁵ A cultura de segurança é definida como fruto das atitudes, competências, valores e padrões de comportamento, de grupos ou individualmente, o que determina o estilo, o compromisso e a competência em administrar uma organização institucional de maneira saudável e segura.^{4,6-7,16-17}

Dentre os diferentes serviços de saúde, destacam-se as unidades de urgência e emergência, destinadas a promover assistência com caráter de urgência/emergência para prevenir conseqüências críticas e prolongar a vida, sendo proporcionados cuidados imediatos. Possuem como características o número excessivo e diversificado de pacientes, escassez de recursos, predomínio de jovens profissionais, fadiga, a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos.¹⁸

Diante deste contexto, são consideradas condições facilitadoras para o acontecimento de eventos adversos a sobrecarga das equipes médicas e de enfermagem, a falha na comunicação entre profissionais e pacientes, inadequação dos sistemas de informação existentes nas instituições de saúde, protocolos clínicos insuficientes, interrupções das atividades desenvolvidas e a omissão nos registros e notificações de eventos adversos.¹⁸⁻²¹ Assim, o passo inicial para se estabelecer uma cultura de segurança eficaz, em uma instituição de saúde, é avaliar a cultura corrente.^{7,22}

Com base nessas considerações, o objetivo do estudo é: analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência de hospitais do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizada em sete municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, em suas respectivas unidades hospitalares com atendimento de urgência e emergência, inseridos na proposta “Portas de Entrada Hospitalares de Urgência”, estabelecida pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que institui o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰ Seis hospitais do presente estudo são entidades filantrópicas, sem fins lucrativos, e apenas um trata-se de um Hospital Público Regional. A amostra foi constituída por 112 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em um dos três turnos de jornada de trabalho (manhã, tarde e noite) e que estivessem presentes em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na instituição hospitalar.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) para análise e aprovação conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Após aprovação, sob protocolo número 1.061.508, no ano de 2015, os participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os procedimentos metodológicos a serem adotados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2015, após contato e agendamento prévio com a gerência de

enfermagem de cada hospital.

Para a coleta de dados utilizou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPSC), na versão traduzida para a língua portuguesa, criado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ), no ano de 2004. Trata-se de instrumento mundial de avaliação da cultura de segurança do paciente em organizações que prestam atendimento em saúde, sendo adaptado para uso no contexto hospitalar brasileiro no ano de 2013.^{7,9} Está em uso por diversos países, considerado como um instrumento válido e confiável que possibilita implementação de estratégias de aprimoramento assistencial em saúde.^{8-9,11-13}

O HSOPSC é composto por 9 seções, organizados da letra A à I e abrange 12 dimensões em escala de múltiplos itens, contendo um total de 50 itens (44 relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens relacionados a informações pessoais). Três dimensões são relacionadas ao hospital, 7 dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e 2 variáveis de resultado medidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de “excelente” a “falho”; e b) número de eventos relatados – por categorias de respostas, como “nenhum”, “1-2 eventos”, “3 a 5 eventos”, “6 a 10 eventos” e “11 a 20 eventos”. São respondidas, por meio da escala *Likert*, as seções A, B, C, D e F, com 5 opções de respostas, cujas possibilidades variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.¹²⁻¹⁵

Seguindo a orientação da AHRQ, as respostas foram agrupadas em três categorias para avaliação do instrumento, sendo elas: 1) respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente); 2) respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e 3) respostas neutras (não concordo, nem discordo). Foi considerado o percentual de respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão para obter o resultado final. Foram classificadas como “áreas fortes de segurança do paciente” os itens que obtiveram 75% de respostas positivas, ou os itens escritos negativamente que obtiveram 75% de respostas negativas. As “áreas frágeis da segurança do paciente”, necessitando de melhorias, foram aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.^{7,14-19}

Os participantes preencheram o questionário, de forma anônima, em locais reservados nas suas

unidades de trabalho, colocando-o em um envelope lacrado, isento de identificação e, após, os dados foram inseridos em um arquivo eletrônico e analisados utilizando o programa estatístico SPSS versão 20.0.

RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos sujeitos do estudo por categoria profissional. Um total de 80 (71,4%) técnicos de enfermagem, com idade entre 31 e 40 anos (41,3%) e com tempo de atuação na unidade de emergência do estudo entre 1 e 5 anos (46,2%) participaram do estudo. Quanto aos enfermeiros foram 31 (27,7%) participantes, com idade entre 18 e 30 anos (45,2%) que tem entre 1 e 5 anos (54,8%) de trabalho em unidade de emergência.

A tabela 2 ilustra as respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e suas definições na população do estudo. A taxa de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente variou de 27,6% a 78,5% e o percentual médio foi de 58,8%. Para os enfermeiros o percentual de repostas positivas variou de 38,7% a 79,8%, com uma média de 57,7%, e para os técnicos de enfermagem foi de 23,3% a 78,6% e uma média de respostas positivas iguais a 59,25%.

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico destes profissionais nota-se o predomínio do sexo feminino em ambas as categorias profissionais, aspecto cultural identificado desde o período colonial em que as mulheres eram responsáveis pelos soldados feridos na guerra.²³⁻²⁴ No que se refere à idade, os enfermeiros caracterizam-se por serem mais jovens do que os técnicos de enfermagem do estudo, porém, ambas as categorias profissionais possuem de 1 a 5 anos de atuação nas respectivas unidades de emergência e 9 anos ou mais de tempo como profissional de enfermagem. O perfil jovem dos profissionais enfermeiros sugere qualificação e aprimoramento contínuos, visto que atuam como gerentes e líderes das equipes de enfermagem.⁶

O percentual médio de respostas positivas obtidas pela população deste estudo atingiu 58,80%, um percentual abaixo do ideal para uma cultura positiva de segurança do paciente. Conforme

Tabela 1 – Características sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem das sete Unidades de Urgência e Emergência de municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

Características	Enfermeiros n(%)	Técnicos de Enfermagem n(%)	Total
Sexo			
Feminino	29(93,5)	63(78,8)	92(82,9)
Masculino	2(6,5)	17(21,3)	19(17,1)
Idade			
18 a 30 anos	14(33,8)	14(45,2)	41(36,9)
31 a 40 anos	12(38,7)	33(41,3)	45(40,5)
41 a 50 anos	5(16,1)	13(16,3)	18(16,2)
> 51 anos	0(0,0)	7(8,8)	7(6,3)
Tempo de trabalho na instituição			
< de 1 ano	11(35,5)	20(25)	31(27,9)
1 a 5 anos	11(35,5)	36(45)	47(42,3)
6 a 10 anos	2(6,5)	8(10)	10(9,0)
11 a 15 anos	5(16,1)	6(7,5)	11(9,9)
16 a 20 anos	1(3,2)	6(7,5)	7(6,3)
21 ou mais	1(3,2)	4(5,0)	5(4,5)
Tempo de trabalho na emergência			
< 1 ano	10(32,3)	22(28,2)	32(29,4)
1 a 5 anos	17(54,8)	36(46,2)	53(48,6)
6 a 10 anos	3(9,7)	10(12,8)	13(11,9)
11 a 15 anos	0(0,0)	5(6,4)	5(4,6)
16 a 20 anos	0(0,0)	2(2,6)	2(1,8)
21 ou >	1(3,2)	3(3,8)	4(3,7)
Horas semanais trabalho			
< de 20horas	1(3,2)	2(2,5)	3(2,7)
20 a 36horas	13(41,9)	60(75)	73(65,8)
40 a 59horas	17(54,8)	17(21,3)	34(30,6)
60 a 70horas	0(0,0)	1(1,3)	1(0,9)
Tempo como profissional de enfermagem			
<1 ano	1(3,4)	7(9,6)	8(7,8)
1 a 3 anos	7(24,1)	12(16,4)	19(18,6)
4 a 6 anos	6(20,7)	19(26,0)	25(24,5)
7 a 8 anos	3(10,3)	6(8,2)	9(8,8)
9 ou >	12(41,4)	29(39,7)	41(40,2)
Escolaridade			
2º grau Completo	0(0,0)	46(58,2)	46(41,8)
Ensino Superior Incompleto	0(0,0)	16(20,3)	16(14,5)
Ensino Superior Completo	9(29,0)	10(12,7)	19(17,3)
Pós graduação	22(71,0)	0(0,0)	22(20,0)

Fonte: Elaboração da autora (2019).

Tabela 2 – Percentual médio de respostas positivas nas dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Enfermeiros (%)	Técnicos de Enfermagem (%)	Total (%)
1. Trabalho em equipe dentro das Unidades	79,8%	75,1%	76,5%
2. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	78,4%	78,6%	78,5%
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	59,1%	72,8%	69%
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	60,2%	61,8%	61,3%
5. Percepção geral da segurança do paciente	38,7%	51,5%	47,9%
6. Retorno da informação e comunicação sobre erro	55,9%	63,3%	61,2%
7. Abertura da comunicação	68,8%	64,3%	65,6%
8. Frequência de relato de eventos	41,9%	54,8%	51,2%
9. Trabalho em equipe entre as unidades	58,0%	56,0%	56,5%
10. Adequação de profissionais	59,8%	53,6%	55,3%
11. Passagem de plantão ou de turno/transferência	53,2%	55,9%	55,1%
12. Respostas não punitivas ao erro	38,7%	23,3%	27,6%

Fonte: Elaboração da autora (2019).

verificado no relatório de banco de dados comparativo do HSOPSC, elaborado no ano de 2014 pela AHRQ, em resposta aos pedidos de hospitais interessados em comparar seus resultados, também obteve uma média abaixo do ideal, atingindo 64,16% de respostas positivas.²⁵

Dimensões de resultados positivos da cultura de segurança do paciente

A dimensão com maior taxa positiva e considerada área forte para segurança do paciente foi a de número 2 – “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefia relacionadas à promoção da segurança. A taxa média, entre ambas as categorias profissionais, foi de 78,5%, enquanto a taxa média para os dados AHRQ (2014) foi de 76%.²⁵ Os resultados mostraram que a maioria dos respondentes acredita que o seu supervisor considera importante as contribuições acerca da temática, elogiam os trabalhos desenvolvidos para melhoria da segurança do paciente e problemas relacionados à segurança na assistência em saúde não são negligenciados. Essa dimensão é uma das principais em receber escore positivo, o que demonstra o bom relacionamento dos supervisores com as equipes de enfermagem, sendo um apoio eficaz para a promoção e o avanço na cultura de segurança.^{7,26-29} A segunda dimensão com maior percentual de respostas positivas foi a de número 1 – “Trabalho em equipe dentro das unidades”, com 76,5%. Nota-se uma diferença de 4,7% na opinião dos profissionais de enfermagem quanto a esta dimensão, indicando que os enfermeiros consideram o trabalho em equipe nestas unidades mais eficaz do que os técnicos de enfermagem. Pesquisas realizadas em Taiwan (2010)²⁹, Peru (2015)³⁰ e Estados Unidos (2014)²⁵ apresentaram essa dimensão como a principal área forte das instituições hospitalares com 94%, 80,3% e 81%, respectivamente.^{25,29,30}

Dimensões de resultados negativos da cultura de segurança do paciente

A dimensão com maior escore negativo, ou seja, menor que 50%, foi a dimensão nº 12 – “Respostas não punitivas ao erro”. Notou-se, diante dessa questão, diferença entre as categorias profissionais, em que os técnicos de enfermagem consideram que seus erros possam ser usados contra eles e temem que suas falhas sejam explicitadas, necessitando intervenções para a mudança dessa percepção. A cultura de punição ao

erro ainda é percebida entre as instituições de saúde que buscam pela qualidade nos serviços de saúde e, neste contexto, comprometem os propósitos da excelência da prestação do cuidado.¹ Essa diferença no padrão de respostas pode-se justificar pelas tarefas gerencias que os enfermeiros estão assumindo, mais intensamente, ficando o técnico de enfermagem responsável pelo cuidado integral do paciente, tornando-se mais vulnerável ao erro.⁴ Corroborando isso, por meio de estudo realizado em município da região da Zona de Mata do Estado de Minas Gerais, com 149 participantes e, na Cidade do Rio de Janeiro, com 178 participantes, avaliou-se que essa dimensão também atingiu o menor percentual positivo de respostas.⁷ Dados da AHRQ (2014)²⁵ e pesquisa feita em Taiwan,²⁹ a taxa de resposta positiva sobe para 44% e 45%, respectivamente, indicando que estes países possuem ainda fragilidade com relação à comunicação dos erros, porém, estão à frente no desenvolvimento da sua cultura de segurança. O que se destaca perante esses resultados é uma cultura punitiva frente aos erros, onde os profissionais envolvidos sofrem consequências de ordem administrativa, punições escritas e verbais, processos legais, civis e éticos e demissões.^{1,7,25,27-29} Nessa mesma perspectiva, destaca-se outro estudo realizado num hospital de ensino localizado na China, com uma amostra de 2.230 participantes, que encontrou a dimensão “resposta não punitiva ao erro” com uma das mais baixas classificações (20,22%).³¹ A maioria dos entrevistados relatou que seus erros foram utilizados contra eles e, posteriormente, gravados em seus arquivos pessoais de registro profissional. O medo e o receio ainda estão presentes entre as equipes que prestam assistência em saúde, o que resulta em subnotificação ou em não notificações, dificultando a análise dos processos e condições ideais de trabalho.

A segunda área crítica em destaque foi “Percepção geral da segurança do paciente” que, na visão dos técnicos de enfermagem, alcança um percentual limítrofe para ser classificado como uma área frágil. Porém, chama a atenção o baixo percentual de respostas positivas, pelos enfermeiros, nos itens A17 - “nesta unidade temos problemas de segurança do paciente” e A18 - “os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”, mostrando que as unidades de emergência oferecem riscos de segurança ao paciente. Conforme estudo de Chen (2010),²⁹ dos 478 enfermeiros entrevistados, 19,4% atuavam em ambulatórios e, a porcentagem

de respostas positivas para este item, no geral, foi de 65%, muito próximo dos resultados AHRQ (66%).²⁵ Os resultados obtidos nestes dois estudos não foram considerados áreas fortes de segurança do paciente, pois não atingiram 75% de respostas positivas, porém são relativamente mais altos do que os resultados encontrados neste estudo (47,9%). Na pesquisa de Mello (2013),²⁷ algumas recomendações foram feitas por profissionais da saúde para melhoria da segurança e para esta dimensão as principais recomendações citadas foram: trabalhar com comprometimento e consciência, realizar procedimentos com segurança, manter equilíbrio entre os turnos de trabalho, com compreensão em relação às tarefas pendentes, atentar para identificação do paciente, cuidados com medicações, manter grades de leitos elevadas, realizar lavagem das mãos, entre outros. Os profissionais de enfermagem reconhecem suas fragilidades e possuem consciência das ações necessárias para garantir a segurança dos seus clientes.²

Dimensões de resultados neutros da cultura de segurança do paciente

Oito dimensões foram classificadas como neutras e possuem potencial para contribuir na cultura de segurança do paciente. “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”, dimensão a qual diz respeito à cultura de aprendizagem, em que os eventos adversos são analisados, levando a mudanças positivas de organização, ficou em primeiro lugar nas respostas neutras. Enfermeiros deste estudo foram mais criteriosos do que os técnicos de enfermagem ao analisar esta dimensão e considerar que as instituições de saúde em que atuam necessitam de mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliando efetivamente os seus resultados. Em estudo realizado em Florianópolis,²⁸ esta dimensão obteve a segunda melhor pontuação com 59% de respostas positivas.

Os percentuais da dimensão “abertura da comunicação” mostraram que os profissionais integrantes da pesquisa possuem liberdade para revelar situações que possam afetar negativamente no cuidado do paciente, sentindo-se à vontade para questionarem as decisões com seus superiores e sem receio de questionar quando algo parece não estar correto. Reis (2013)⁷ obteve, em seu estudo, 51% de respostas positivas, o que indica que a região da população em estudo está aberta para comunicação no que tange à segurança do seu paciente. O “apoio da gestão para a segurança do paciente” também obteve

um resultado maior do que encontrado por Reis (2013)⁷ (54%), porém inferior aos dados da AHRQ (72%)²⁵. Desse modo, a presente pesquisa sugere que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente é percebida pela gestão hospitalar, mas ainda precisa ser fortalecida.^{7,17} A dimensão “retorno da informação e comunicação sobre o erro” mostrou que os profissionais recebem informações sobre mudanças implementadas de relatórios de eventos, os erros que acontecem nas suas respectivas unidades e a socialização sobre os meios de prevenir os eventos adversos. Porém, faz-se necessário ampliar a comunicação estratégica dentro das organizações, conscientizando estes profissionais de que o erro pode trazer aprendizado, melhoria na qualidade do atendimento e a construção de uma cultura de segurança. Enfermeiros e técnicos de enfermagem pontuaram a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” com valores muito próximos com os coletados pela AHRQ (61%),²⁵ indicando que ambas as categorias profissionais entendem que existe entreajuda, respeito, apoio entre os setores da instituição e cooperação em face do excesso de trabalho, porém ainda precisam melhorar com objetivo de garantir a segurança do paciente.⁷

A “adequação de profissionais” atingiu 55,3% o que indica que os profissionais acreditam não possuir funcionários suficientes para dar conta da carga de trabalho. Estudo realizado com 136 enfermeiros, em hospitais da região central de Portugal, no ano de 2009, obteve 46% de respostas positivas³ e estudo de Reis 42%.⁷ Dimensão “passagem de plantão ou de turno/transferência” recebeu pontuações muito parecidas entre os pesquisados e, também, sugere a necessidade de melhorias na passagem de plantão entre as equipes, visto que este momento é extremamente importante para continuidade da assistência ao cliente, visando à segurança das informações prestadas.³² Por fim, a “frequência de relato de eventos” obteve 51,2% de respostas positivas, porcentagem limítrofe para ser considerada uma área frágil de segurança. Conforme pesquisa realizada em Taiwan²⁹ a porcentagem de respostas positivas foi de 56% e dados da AHRQ (2014)²⁵ apresentaram 66%. Os resultados deste estudo indicam diferença entre a opinião dos profissionais de enfermagem, chamando a atenção o item D1 “quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado”, onde apenas 38,7% dos enfermeiros afirmaram relatar quando

um erro, engano ou falha ocorre, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente. O *feedback* e as discussões proativas sobre os erros beneficiam a segurança do paciente e orientam para o aprendizado e o apoio cultural.³³

CONCLUSÃO

Considerou-se como inovação deste estudo a comparação da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais e, também, a análise da cultura de segurança em diferentes unidades de urgência e emergência. Os resultados demonstraram que, mesmo se tratando de unidades complexas e desafiadoras para os profissionais de saúde, as emergências possuem áreas fortes de segurança do paciente. Foi comprovado o bom relacionamento entre os gestores com as equipes de enfermagem, mostrando ser um apoio essencial para o desenvolvimento da cultura de segurança e que o trabalho em equipe, dentro das unidades em estudo, auxiliam na sobrecarga de trabalho, favorecendo a segurança do paciente.

De acordo com os achados a segurança do paciente incita a necessidade de reavaliar os seus processos e fatores culturais a fim de garantir uma assistência qualificada e segura. A cultura de segurança do paciente está associada tanto aos fatores individuais como coletivos, em que o modo de pensar e agir proporciona a segurança no local de trabalho, podendo ser influenciada pelo cargo que o profissional exerce e o nível de escolaridade. O engajamento administrativo e estratégico se faz necessário para que a cultura de segurança se efetive de maneira positiva e favoreça ao desenvolvimento institucional.

O que se pode perceber, ainda, é a dificuldade entre os profissionais de saúde em lidar com o erro e uma cultura punitiva frente aos erros, os quais são julgados como incompetência profissional. As unidades do estudo possuem fragilidades na segurança do paciente e seus sistemas precisam de melhorias para prevenir a ocorrência de erros. Nesse sentido, salientamos que as instituições hospitalares não devem negligenciar a falha do ser humano, mas fazer disso um motivo para implementação de estratégias em prol de ambientes favoráveis à segurança do paciente. No âmbito específico dos serviços de urgência e emergência, sugerem-se novos estudos, de caráter qualitativo, que compreendam os aspectos culturais para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca A, Peterline FL, Costa DA. Segurança do Paciente. São Paulo (SP): Martinari, 2014.
2. Mello J, Barbosa SFF. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de enfermagem. Texto Contexto Enferm 2013;22(4):1124-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
3. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Rev. Enf. Ref. III série – n^o4 – Jul. 2011.
4. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015;23(1):169-79. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>
5. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gaúcha Enferm 2013;34(1):164-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>
6. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva Neonatal. Texto Contexto Enferm, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
7. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Doutorado; 2013.
8. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev. Bras. Epidemiol 2005;8(4):393-406. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400008>
9. Nascimento, A. Segurança dos pacientes e cultura de segurança: uma revisão de literatura. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011;16(8):3591-602. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000900027>
10. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto Contexto Enferm 2015;24(2):432-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
11. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini SMA, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3):906-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720150001980014>
12. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, v.1, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>> Acesso em: 20 setembro 2015.
13. Carraro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2012;33(3):14-19. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300002>
14. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev

- Saúde Pública 2013;47(4):791-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>
15. BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 10 outubro 2015.
16. Nishio EA, Franco MTG. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
17. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 18(7):2029-2036, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
18. Souza, RB, Silva MJP, Nori, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(2):242-9.
19. Sallum, AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. 2. ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2010.
20. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani, SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>
21. Marck P, Cassiani SHB. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 set-out; 13(5):750-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500021>
22. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(2):277-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
23. Govanini T, Moreira, A, Schoeller SD, Machado WCA. História da Enfermagem. Versões e Interpretações. Rio de Janeiro (RJ): Reviter, 2002.
24. Porto F, Amorim W., organizadores. História da Enfermagem. Identidade, profissionalização e símbolos. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2010.
25. Sorra J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014. Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2014.
26. Batalha EMSS; Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2):432-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
27. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4):1124-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
28. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
29. Chen I, Li HH. Meseearachs aurtirclieng patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* 2010, 10:152. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-152>
30. Yilmaz Z, Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pak J Med Sci* 2015;31(3). doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.313.7059>
31. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *Health Services Research* 2013;13:228. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-228>
32. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(11): 2199-2210, nov, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
33. Shu Q, Cai M, Tao H, Cheng Z, Chen J, Hu Y, et al. What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units? *Medicine* 2015;94(27): e1074. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>

Recebido em: 03/07/2019

Aceito em: 18/03/2020

Como citar: SCHUH, Laísa Xavier; POSSUELO, Lia Gonçalves; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, apr. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13775>>. Acesso em: 02 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13775>